

## İNTRATORASİK SUBPLEVRAL LİPOM OLGUSU

Murat Kara\* • Şevket Kavukçu\*\* • Bülent Tunçözgür\* • Erkan Dikmen\* • Selim Ereku\*\*\*

## ÖZET

Ender rastlanan bir intratorasik subplevral lipom olgusu sunuldu. Şikayeti olmayan 23 yaşındaki bir erkek hastanın PA toraks grafisinde sol orta zon lateralde lezyon saptandı. Sol torakotomi ile subplevral yerleşimli tümöral lezyon eksize edildi. Makroskopik ve histopatolojik olarak lipom tanısı kondu. Post-operatif dönemde sorun çıkmadı.

**Anahtar kelimeler:** Neoplasm, intratorasik lipom

## SUMMARY

**Intrathoracic Subpleural Lipoma**

A case of intrathoracic subpleural lipoma, which is rarely seen, has been presented. An asymptomatic 23-year-old man, had a chest roentgenogram showing a lesion in the left mid-lung field adjacent to the lateral chest wall. Left thoracotomy revealed a subpleural mass which has been excised. Grossly and microscopically the lesion was a typical lipoma. Post-operative course was uneventful.

**Key words:** Neoplasm, intrathoracic lipoma

Lipomlar, cilt - ciltaltı dokusundan köken alan ve en sık rastlanan benign tümörlerdir. Toraksta bu tümörlere oldukça nadir rastlanır. İntratorasik lipomlar, plevra, mediasten, akciğer parankimi, kalp ve endobronşiyal lokalizasyonda görülür. Çoğunlukla asemptomatik olguların direkt grafilerinde rastlantısal olarak saptanırlar. Radyolojik görünüşleri nedeniyle sıklıkla bronkojenik karsinoma ve malign mediastinal kitlelerle karıştırılabilir(1). Bilgisayarlı Tomografi (BT) ile plevral kitlelerin, parankimal kitlelerden ayrımı ve lezyonun yağ içeriği olup, olmadığı kolaylıkla anlaşılır hale gelmiştir(1). Buna rağmen intratorasik lipomlarda kesin tanı yöntemi eksploratris torakotomidir(2). Sunduğumuz olgu ender rastlanan lokalizasyondaki bir intratorasik lipomdur.

## OLGU

Şikayeti olmayan 23 yaşında bir erkek hasta (A.E., protokol No:771572) direkt radyografisinde saptanan lezyon üzerine kliniğimize yatırıldı. Fizik muayenede patolojik bulgu saptanmadı. Direkt rad-

yografisinde solda apekte skapula medial kenarı ile süperpoze olan düzgün konturlu kitle görünümü izlenmekteydi (Şekil 1). Toraks BT'de sol akciğer üst lob lokalizasyonunda parankim dışında yerleşimli, plevraya bası yapan, yağ dansitesinde, düzgün konturlu lezyon görülmekteydi (Şekil 2). Hasta intratorasik ekstrapulmoner kitle tanısıyla operasyona alındı. Sol posterolateral torakotomi uygulandığında orta aksiller hat hizasında 3-4. kostalar arasında ekstraplevral yerleşimli 4x4 cm boyutlarında, lipom ile uyumlu görünümde yumuşak doku kitlesi total olarak eksize edildi (Şekil 3). Pariyetal plevra sağlamdı ve akciğer parankiminde ya da toraks kemik yapısında patoloji saptanmadı. Histopatolojik inceleme makroskopik lipom tanısını doğruladı(7.12.1994, 21115) (Şekil 4). Post-operatif dönemde komplikasyon gelişmeyen hasta 8. gün taburcu edildi. Hastanın kontrol PA toraks grafisi normaldi (Şekil 5).

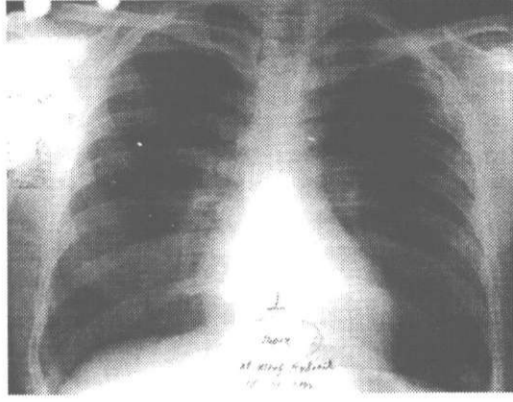
## TARTIŞMA

Lipomlar genellikle ciltaltı dokusundan köken

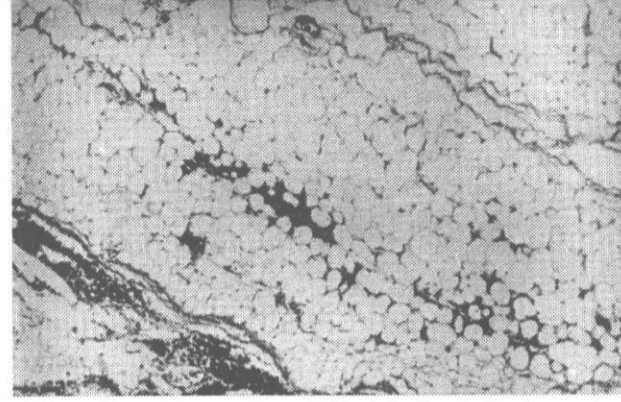
\* Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Araştırma Görevlisi

\*\* Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Profesörü

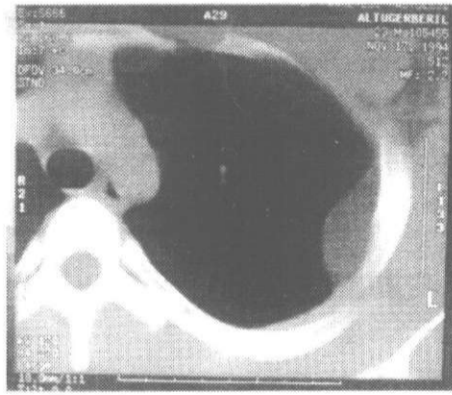
\*\*\* Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Profesörü



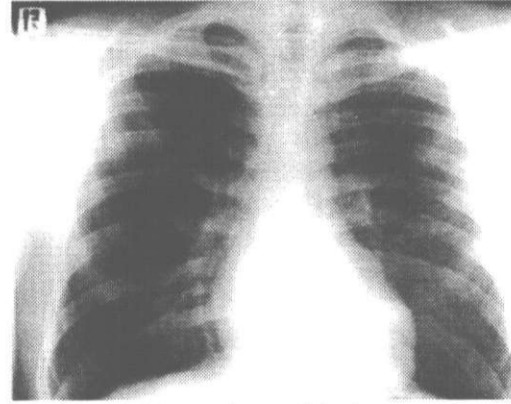
Şekil 1: PA toraks grafisinde sol üst zonda, lateralde, homojen gölge koyuluğu izlenmektedir.



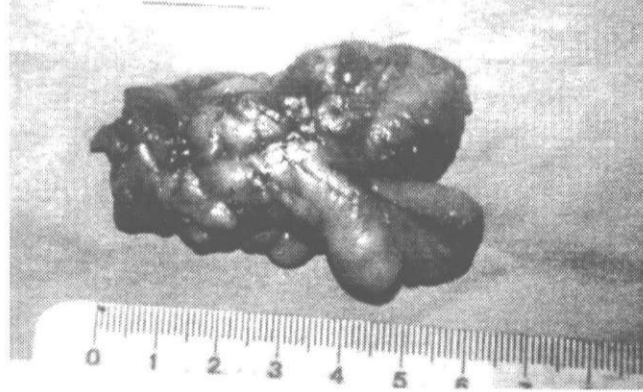
Şekil 4: İnce fibröz septumlarla lobüller halinde ayrılmış matür yağ dokusu izlenmektedir.( HE : x 100)



Şekil 2: Lezyonun Toraks BT'deki görünümü.



Şekil 5: Kontrol PA toraks grafisinde normal radyolojik görünüm.



Şekil 3: Rezeksiyon materyalinin makroskopik görünümü.

alan benign tümörlerdir. Boyun ve gövdede daha sık olmak üzere yüz, el ve ayaklarda oluşabilirler. Ayrıca retroperiton, iskelet kası, mediasten ve gastrointestinal sistemde de görülebilirler. Yağ dokusunun bulunduğu her lokalizasyonda, genellikle tek olarak oluşurlar. En sık 5-6. dekatta gözlenirler. Obez olgularda lipom insidansının daha fazla olduğu belirtilmiştir(3).

Intratorasik lipom ilk kez 1783'de Fothergill ta-

rafından tanımlanmıştır. Rokitansky ve arkadaşları ise tümörün embriyonel kökenli olduğunu ve toraks kemik yapısı gelişmeden önce ekstratorasik olarak özellikle pectoral kaslar arasında oluştuğunu ileri sürmüşlerdir(4).

Torasik lipomlar, intratorasik ve ekstratorasik(transmural) olarak ikiye ayrılırlar. İntratorasik lipomlar, endobronşiyal, parankimal, mediastinal, kardiyak ve plevral lipomlar olarak sınıflandırılır(2). Plevral lipomlar oldukça nadirdir. Visseral ve pariyetal plevranın submezotel tabakalarından köken alır ve plevral boşluğa ya da ekstraplevral mesafeye doğru büyürler. Diafragmatik plevra altında da lokalize olabilirler(6). Genellikle asemptomatiktir ve rastlantısal olarak saptanırlar. Bazen akciğer ya da mediasten basısına bağlı olarak öksürük, ağrı, efor dispnesi gibi semptomlar oluşabilir(2,6). Asemptomatik olan olgumuzda da lezyon rastlantısal olarak saptanmıştır.

Ekstratorasik(transmural) lipomlar, intra ve ekstratorasik komponent içerirler. İnterkostal olarak ya da sternal bir defekt aracılığıyla birleşirler. Kas do-

kusundan keskin bir sınırla ayrılan düzgün ve belirgin kapsülleri vardır(7).

Intratorasik subplevral lipom her yaşta ve her iki cinsten eşit oranda görülür. Genellikle 2-13 cm çapında değişen boyutlarda ve sıklıkla lateral toraks duvarı yerleşimli lezyonlardır(1,7). Olgumuzda da lezyon 4 cm çaplı ve sol hemitoraksta lateral duvar lokalizasyonundaydı. Ekstratorasik lipomlar ise anterior lokalizasyonda daha sık oluşur. Genellikle pectoral kas ve meme dokusu altında yer alırlar(4).

Geçmişte plevral kitleleri pulmoner kitlelerden ayırt etmek için direkt grafiler ve floroskopi kullanılmıştır. Günümüzde ise daha objektif olması ve kitle özelliklerini daha ayrıntılı değerlendirebilmesi nedeniyle BT, bu yöntemlerin yerini almıştır(1). İntratorasik subplevral lipomlar, BT'de homojen görünümde, düzgün sınırlı, toraks duvarı ya da mediasitenle geniş açı oluşturan, plevra ile ilişkili lezyonlardır(1,8,9). Lezyon, subkutan yağ dokusuyla aynı dansitede ve genellikle -50,-150 Hounsfield ünitesi(HÜ) arasındadır(4,8). Lipomlarda bazen fibröz stroma içeriğine bağlı olarak dansite farklılığı gözlemlenir(9). Timolipom, anjiolipom, fibrolipom ve teratom gibi diğer adipöz doku içeren tümörlerden yumuşak doku komponenti içermemeleri ve homojen görünümüleriyle ayırtedilirler(8). Ayırıcı tanıda diffüz mediastinal lipomatozis, belirgin perikardiyal

yağ yastıkları ve diafragmatik hiatuslardan yağ ve omentum herniasyonu gibi yağ içeriği olan lezyonlar akla gelmelidir. Liposarkomlar ise genellikle daha büyük, infiltratif ve semptomatik tümörlerdir. BT'de heterojen görünümde olup, dansiteleri -50 HÜ'den fazladır(1).

Radyolojik olarak noktasal ya da lineer osseöz kalsifikasyonlar saptanabilir. Bu kalsifikasyonlar osseöz metaplazi alanları ile uyumludur. Osseöz metaplazi, lipomatöz hamartom olgusunda bildirilmiştir(9). Kortikal kalınlaşma, kemik erozyonu, hiperosteoz gibi patolojiler, ekstremitelerde oluşan parosteal lipomlarda, bası ve periosteal irritasyona bağlı olarak gelişebilir. Kosta erozyonu, ekstratorasik (transmural) lipomlarda da oluşabilir(9). Olgumuzda radyolojik ya da intraoperatif olarak toraks kemik yapısına ait patoloji gözlenmemiştir.

Lipomlar ender olarak intratorasik subplevral lokalizasyonda görülebilir ve kitle görünümü oluşturabilirler. Bu nedenle plevral tümörlerin ayırıcı tanısında subplevral lipomlar da akla gelmelidir(6). Perkutan iğne biopsisinin transmural (ekstratorasik) lipomda diagnostik olabileceği belirtilmiştir(2). Fakat radyolojik olarak bronkojenik karsinoma ve malign kitlelerle karıştırılabilen intratorasik lipomlarda kesin ve en güvenilir tanı yöntemi eksploratris torakotomidir(1,7).

#### KAYNAKLAR

1. Epler GR: Pleural lipoma: diagnosis by computed tomography, Chest 90: 265-268,1986.
2. Politis J: Intrathoracic Lipomas, The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery 77: 550-556,1979.
3. Robbins SL, Cotran Sr, Kumar V: Pathologic basis of disease, 3. Baskı,1984, W.B. Saunders Philadelphia, sayfa: 270.
4. Sulzer MA: Lipoma of the external thoracic wall, European Respiratory Journal 7: 207-209, 1994.
5. Seltzer RA: Subpleural lipoma, J. Lancet 1: 100-102,1964.
6. Ten Eyck EA: Subpleural lipoma, Radiology 74: 295-297, 1960.
7. Faer MJ, Burnam RE, Beck CL: Transmural thoracic lipoma: demonstration by computed tomography, Am J Roentgenol 130: 160,1978.
8. Storey TF, Narla LD: Pleural lipoma in a child - CT evaluation, Pediatr Radiol 21: 141-142, 1991.
9. Buxton RC: Atypical transmural thoracic lipoma: CT diagnosis, Journal of Computer Assisted Tomography 12: 196-198, 1988.